

Dear Insured:

نموذج الافصاح الطبى الموحد Unified Medical declaration form

en	sure that you	e form correctly and your family r ng to your unified	for the purpose of eceive health card I policy benefit.	f pricing a e services	and to			٥	رتك على خدمات	ی و افراد اسر	ن حصولا	و لضمار	ض التسعير 	محيح لغر	كل الص	: موذج بالش	لمؤمن له ك بتعينة هذا النا الصحية بالشكل	نأمل قياما
1	Addition	نافة (2)	ia)	New	Ø	خديد			Туре				په انمو کنده	منافع الود	حسب	ر 1) (1)		الرعابة ا نوع الطلد
F	PolicyNo/CR:				ر التجاري :	وثيقة/ السجل	ر قد ا	Entity	Name	Al salam						(' /		
	Mobile No:	540095929			. 93.	قم الجوال:	_	Entity Name: Al salam Employee Name: ASLAM SID MOHMMAD							اسم المت			
		ID Number			2345	042184		Linpio	yee Hallie	: ASL	AM SIL	MOF	IMMAD					أسم المو
G	iender: 1	:0	الجنا Nationality :	207		نسية:	الج Mari	tal Sta	tus Ma	arried [] ,	- 155	Cinal			. 1		رقم الهوا
Ple (ye	ease declare ar	y of below cases	by marking √ un	der the w	ord		No No	نعم Yes				منزوج ، المربع ت	Single اشارة √ في		زب لات ادنا		جتماعية: اح عن وجود أ	
1	Any hosinital	admission during l							-									
_							Ø							12 شهر ا	، اخر 2	تشفى خلال	نم التنويم بالمس	هل ت
2	diseases <u>limi</u> Diseases, Chi Urinary tract Hernias, auto	ted to: Autism, Be ronic Hepatitis C, G stones, thyroid goi immune diseases c	nign Tumor, Cancer allstones, Kidney fa ter, Cysts, fibroid u or Multiple sclerosis.	r, Heart illure, terus,			Ø			المرارة	حصوات ا	من سي، قية، التكي	روسي المز م الغدة الدرا	لكيدي الفيا لية، تضخ	تهاب ال لك البوا	القلب، الال وات المسا	تم تشخيصك بـ رطان، أمراض ل الكلوي، حص حم، الفتق، أمر	الس القش
3	disorder or he Sickle cell dis diseases, Hyd malformation disease,G6PD Wilson diseas	ereditary diseases I order, Thalassemia rocephalus, spinal s, Chromosomal ab Deficiency,systicfib e,Polycystic Kidney	imited to: Cerebra, hemophilia, metal muscle atrophy, genormalities, aucher rosis, hemochromat Disease.	I palsy, polic nital 's osis,			Ø			التمثيل	، أمراض ضاء التنا يسى	الخلقية ا هيموفيليا، هات الأع التليف الك	ی التشوهات ثلاسیمیا، ال شوکی،تشو سر الفولی,	الورائية أ منجلية، ال لعضلات ال	براض ا فلایا اله معور ال	يأي من الأه ضطراب الذ الرأس، ض مرض غو	، تم تشخیصك ، ملل الدماغي، ال فاني، استسقاء كروموسومات, سموكروماتوسي	هر الله ال
4	diseases.	ataract, Glaucoma,	Corneal diseases o	r Retinal	es		Ø					شبكية	ية فقط: و أمراض ا	العين التاا ، القرنية أ	مراض ا أمراض	، باي من أه باه زرقاء،	ال تم تشخیصك میاه بیضاء، مو	
5	Have you been diagnosed with any of the following bond diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears. Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date Employee and dependents details that need to be as yes answer above, please declare the case in the table to the case in the tab			oone iis,			Ø	العظام التالية فقط: الإنزلاق العصروفي الديسك					، هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل					
6	Current single Current single Current multip	pregnancy pregnancy with prediction	evious CS delivery				0								ä	واحد بصرية ساب د الأجنة	ذنثي الحامل فق مل حالي جنين مل حالي مع ق مل حالي مع ق اريخ الولادة الد	
	Yes answer ab	d dependents det ove, please declare	the case in the tab	be added le below)	(In case o	of a					(دول أدناه	ہم 3 حالة في الج	اد اضافتر ناء ذک ال	للة المر م، الد	وافراد العان ة بنعد أعلا	ياتات الموظف في حالة الإجاب	
	100		Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight		م الهوية Numbe	r	القرابة Relation		الجنس nder		Employ	ئة	اد العاتا	وظف /افرا	اسم اله	,
			540095929	0	0	2345	042184		EMPLOYER	E :	1		ASL	AM SID	МО	HMMAD		1
1. I haccept and the with the coduring 3. I hatchis for 'Nothis 1. Fail	otance of my end hat (Saudi Enay to collect any mag gree that (Saudi age/claims in for ontractual date of the contract. ereby confirm re- orm and I agreed ing requires declure to fill the wo	rolment will be on to a) has the right to edical information riscaya) has the right in case of no decipate before enrolling of eading and understath that not marking a laration" and I sign	aration of any cases or adding a new Ins anding all points pre	ormation (s) I deal e risk(s). s prior to ured esented in od as				با ن فلال	ب سيتم على أسد للتي أتعامل مع عدم الافصاح عز نافة مؤمن له خ أي من الحالات المفرطة	بالمستشفوات الية كليا عند ع التسجيل أو اض التسجيل أو اضام اشارتي امام	الاتصال ، ه او التغط ك او قبل ك او قبل عليه اوقع عليه اوقع	لحق في ا ر ن المطالبا يخ التعاقد يخ التعاقد ح عنه و	ية) لها ا تقييم المخاط) في رفض المأت قبل تار المأت قبل النموذج المؤمسا	اية السعودية المعودية المعودي	كة عناه قد تحد الله الساية السررة أعلا مرة أعلا نفى وج نفى وج	لمعلومات ا ركة (شر رمات طبية (شركة ع لات المذكو و فهمت ج تير بمثابة ا	انات و أن الشر ويدها بأي معلم ق على أحقية ود أي من الحا ة سريان العقد	1. أقر البير لتز 2. أواة وجد فتر قدر الما
ntity	s stamp	جهة العملي	Employe	e Signatur	9	(4)			توقيع الموظف	T								

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- مع من المعالم المعالم
- (2) لا يحق الشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحي
 السارية
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبنة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالترقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد **Unified Medical declaration form**

Please	that you and	rm correctly for your family rece o your unified po	the purpose of pr vive health care se plicy benefit.	cing and rvices as	to			مات	ِ افراد اسرتك على خد	لضمان حصولك و	صحيح لغرض التسعير و ا ، منافع الوثيقة الموحدة	: نموذج بالشكل ال المطلوب حسب	يزى المؤمن له وقيامك بتعبئة هذا الا عاية الصحية بالشكل	نامل
Addi	tion	إضافة (2)	Ne	w E	خدتد إ				Туре			(1)	الطئب	نوع
Polic	yNo/CR:			:	السجل التجاري	رقم الوثيقة/	,	Entity N					المنشأة :	'
Мо	bile No :	576409753			ال:	رقم الجو		Employ	ee Name: F	AKHARE ALA	M SHEKH HASIM		الموظف:	
	ID	Number			23148790	38							الهوية	
Gen	der: 1	ڊس:	Nationality:	321				ital Statu	ıs Married	Teg 🗆	Single 🗹 مت	أعزب	ة الاجتماعية:	الحال
Please (yes)		of below cases b	y marking √ unde	r the wor	d		i lo	نعم Yes	هم -	يع تحت كلمة - نـ	ناه بوضع اشارة لا في المر	ي من الحالات أدن	افصاح عن وجود أو	يرجى ال
		mission during las	t 12 months?			6	Ø				12 شهر ؟	شفی خلال الحر 2	لل تم الثنويم بالمست	1
2	diseases <u>limited</u> Diseases, Chron Urinary tract sto	to: Autism, Beni ic Hepatitis C, Gal nes, thyroid goite	y of the following ch gn Tumor, Cancer, I Istones, Kidney failu r, Cysts, fibroid uter Multiple sclerosis.	Heart ire,		6	Ø	_	، هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة الثائية فقط: التوحد, الأورام الحميدة السرطان، أمراض الطّلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي الفرز من سي، حصوات العرارة الفضل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم المغذة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.				1. 2	
3	Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.						Ø	0	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاصيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذاني، استسفاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الاعضاء التناسلية، أمراض والكرومومسومات, مرض فوشر, مرض التكسر القولي, التليف الكيمي .هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقى الوراشي					
			y of the following e Corneal diseases or		5		Ø		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العبن التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية					4
5		d to: Vertebral dis	y of the following b sc prolapse, Scoliosi				☑		، هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك الحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة					
	Pregnant Fem Current single Current single Current multipl Expected delive	pregnancy pregnancy with pr e pregnancy	evious CS delivery				ں جنین واحد ں مع قبصریة سابقة ں متعدد الأجنة			لأنشى الحامل فقط: حمل حالي جنين واح حمل حالي مع قيصر، حمل حالي متعدد الأج ناريخ الولادة المتوقع				
	Employee and	l dependents de	tails that need to	be added	(In case of	a				(اضافتهم 3 ذكر الحالة في الجدول أدناه		ياتات الموظف وافرا في حالة الإجابة بنع	
	Yes answer abo اسم مقدم الخدم vider Name	ve, please declare الحالة case	the case in the tab رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID		رقم الهو mber	القرابة Relation	الجنس Gender	Employees/	افراد العائلة	اسم الموظف	٩
			576409753	0	0	2314	1879	038	EMPLOYEE	1	FAKHARE A	LAM SHEKH	HASIM	1
1. I h accep and t with 2. I a cover	otance of my en that (Saudi Enay to collect any m agree that (Sauc rage/claims in fu	rolment will be on ra) has the right to edical information di Enaya) has the ull in case of no de	formation are corre- the basis of such in o contact the hospit- needed to assess the right to reject the tolaration of any cas	formation al(s) I deal he risk(s). es prior to					ت اللتي أتعامل معها د عدم الافصاح عن	لاتصال بالمستشفيا او التغطية كليا عد	علاه كاملة و صحيحة و بنا سعودية) لمها الحق في الا يها لتقييم المخاطر بة) في رفض المطالبة بي نشأت قبل تاريخ التعاقد	بات المذكورة ا. (شركة عناية ال طبية قد تحتاج ال كة عناية السعودي	لت و أن الشركة يدها بأي معلومات ه على أحقية (شرك	1. أقر أر البيان للنزو 2. أوافق

- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- - أفر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعيئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

A SALLA CLARACE A				
Entity's stamp خته جهة العمل	Employee Signature (4)	توقيع الموظف	Date	التاريخ
Keffellmann	FAKHARE		C.C.	1 4 112

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوئسقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبنة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالثوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد Unified Medical declaration form

Pleas	re that you and	orm correctly for to your family received your unified po	he purpose of pri ve health care se licy benefit.	cing and rvices as	to_			دمات	ر افراد اسرتك على ذ	لضمان حصوك و	<u>زمن له</u> : بتعبنة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و محية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	الرعاية الص					
Ad	dition	إضافة (2)	Ne	w E	جديد ا				Туре		(1)	نوع الطلب					
Po	licyNo/CR:			:	السجل التجاري	قم الوثيقة <i>إ</i>	اارا	Entity N	ame: Al sal	am	;	اسم المنشأة					
		591126150			:ال:	رقم الجو		Employe	e Name : S	ANA ULLAH F	FARZAND ALI :S	أسم الموظف					
-		Number			22896605	504					قِم الهوية						
Ge	ender: 1	الجنس:	Nationality: 3	304		الجنسية:	Marit	al Statu	s Married	تزوج 🗆	اعِية: أعزب Single من	لحالة الاجتم	11				
Plea (yes		of below cases by	marking √ unde	r the wor	d		y No	نعم Yes	عم -	ہع تحت کلمۃ۔ ن	عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المر	ى الاقصاح .	يرج				
1		mission during last	12 months?				Ø	0			نويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	هل تم الد	1				
2	Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.						Ø		 هل تم تشخيصك بأى من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة السرطان، أمراض القتب، الالتهاب الكثيرة الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات الممالك البولية، تضخم المذة الدرقية، التكيمات، ورم ليقي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلي المتعدد. 				2				
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis,						☑		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشال الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغائب، استسقاء الرآس، ضمور العضلات الشوعي،تشوهات الاعضاء التناسلية، أمراض التكامل الفولي، التليف الكيمي الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكس الفولي، التليف الكيمي . هيموكروماتوسيس, مرض ويلمون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي				3				
4	malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.				5		Ø				شخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية		4				
5	diseases limite	ed to: Vertebral dis					Ø			، هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فَقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك .انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة							
6	Current single Current single Current multiple	pregnancy pregnancy with pre le pregnancy	vious CS delivery				يامل فقط : يامل فقط : يام مع قبصرية سابقة يام يام متعد الإجنة يام المتعدد الإجناء يام المتعدد المتعدد الإجناء يام المتعدد المتعدد يام المتعدد الإجناء يام المتعدد الإجناء يام المتعدد المتعدد المتعدد المتعدد المتعدد المتعدد المتعدد المتعدد يام المتعدد			حمل حال حمل حال حمل حال	6						
	Employee and	d dependents det	ails that need to l	be added	(In case of	a				. (4	وظف والهراد العائلة المراد اضافتهم 3 الإجابة ينعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه	بياتات ال					
Р	malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. 4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. 5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scollosis, Arthritis or Ligament tears. 6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy Current multiple pregnancy Expected delivery date Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) Provider Name case Mobile No. Height Weight ID Number Relation Gender Em	سم الموظف /فراد العائلة Employees/Dependent Name		٩													
			591126150	0	0	228	96605	504	EMPLOYEE	1	SANA ULLAH FARZAND ALI		1				
acc and	ceptance of my end that (Saudi Enag th to collect any m	rolment will be on ya) has the right to	ormation are correct the basis of such in contact the hospit needed to assess the	formation al(s) I deal				ي هذه	ت اللتي أتعامل معها	لاتصال بالمستشفيا	لتقويض : و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بنا الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في انم المعلومات طبية قد تحتاج اليها لتقيم المخاطر قدة (شكة عناية المعددة) في في فن المعاللة	قر أن البياناد البيانات و أز لتزويدها بأي	1				

- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
 - أقر باني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
 - . عدم تعبنة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature	(4)	توقيع الموظف	Date	المتاريخ	
12124464 2514	3	ANA	ULLAH	C.C	VI	11/2

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
 - (3) في حال الحاجة الضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
 - (1) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالترقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد **Unified Medical declaration form**

en ree	quired accordi	and your family i		f pricing a	and to				اسرتك على خدمات) حصولك و افراد	ئل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حسب منافع الوثيقة الموحدة	المؤمن له : النموذج بالشكا المحددة بالشكاة المحددة بالشكار المحددة بالمحددة	نامل قيا	
	Addition	الله (2)	إض	New	Ø	خدته			Туре				نوع الط	
F	PolicyNo/CR:				التجاري:	يثيقة/ السجل	رقم الو	Entit	y Name: A	Al salam				
	Mobile No :	580423536				م الجوال:	رقم		oyee Name :		AD SAEED ABDUL HAMEED	منشاة :		
		ID Number			2246	6350389		-	0)00	PIOTE III	AD SACED ADDUL HAMEEL	-		
G	Gender: 1	:0	: Nationality الجنس	304		ىية:	Mar الجنه	rital Sta	atus Marri	ied 🗆	پ ⊠ Single متزوج		رقم اله	
Ple (ye	ease declare ares) :	ny of below cases	s by marking √ un	ider the w	vord		No No	نم Yes			يب على Single عبروج لات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تد			
1		l admission during l					Ø				F .42.42 .41	his the house	T	
2	diseases <u>lim</u> Diseases, Ch Urinary tract Hernias, auto	lited to: Autism, Be pronic Hepatitis C, G stones, thyroid goi oimmune diseases o	any of the following enign Tumor, Cance Gallstones, Kidney fa iter, Cysts, fibroid u or Multiple sclerosis.	er, Heart ailure, uterus,			Ø			حصوات المرارة	اض المزمنة المتالية فقط: التوحد, الأق نهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، د ك البولية، تضخم الغذة الدرقية، التكيس	لسرطان، أمراض القلب، الالت نشل الكلوى، حصوات المسالا	اله، الله ع	
3	disorder or he Sickle cell dis diseases, Hyd malformation disease,G6PD	ereditary diseases <u>l</u> sorder, Thalassemia drocephalus, spinal ns, Chromosomal ab	any of the following limited to: Cerebra a, hemophilla, metal muscle atrophy, ge bnormalities, aucher brosis,hemochromat y Disease.	al palsy, abolic enital			Ø		اض)	، أمراض التمثيل ضاء التناسلية، أمر يسى	بالرحم، الفَتَق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلفية التالية فقط الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض ال الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناس الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر القولي, التلف الكيسي عيمويروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراشي			
4	Have you bee limited to: C diseases.	en diagnosed with a Cataract, Glaucoma,	any of the following , Corneal diseases o	or Retinal	ies		Ø				راض العين التالية فقط: أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	هل تم تشخيصك بأي من أم مياه بيضاء، مياه زرقاء، ا	4	
5	Have you bee diseases <u>limit</u> Arthritis or Lig	ted to: Vertebral di	any of the following l lisc prolapse, Scolios	bone sis,			Ø	0		ضروفي الديسك	راض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغذ نهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	، هل تم تشخيصك بأى من أم	5	
6	Pregnant Fer Current single Current single Current multip Expected deliv	e pregnancy e pregnancy with property ple pregnancy	evious CS delivery				0					للأنشى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابة حمل حالي متعدد الأجنة	6	
	Employee an Yes answer ab	d dependents de	tails that need to	be added	(In case o	ofa					ئلة المراد اضافتهم 3 ه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	تاريخ الولادة المتوقع بياثات الموظف وافراد العانا		
	اسم مقدم الخدمة ovider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No. 580423536	الطول Height	الوزن Weight	-	الهوية Numb (635038)	er	القرابة Relation EMPLOYEE	الجنس Gender	اد العائلة Employees/Depen	اسم الموظف /افرا Ident Name	٠	
									EMPLOTEE	1	MUHAMMAD SAEED A	BDUL HAMEED	1	
1. I he accept and the with the coording 3. I he this fo	otance of my enithat (Saudi Enay to collect any mongree that (Saud age/claims in fund ontractual date of the contract. ereby confirm referm and I agree ing requires decided.	rolment will be on to a long to has the right to hedical information of the right in case of no decion before enrolling to the right in case of no decion before enrolling to the right in case of the case that not marking a claration" and I sign case the control of the right in	claration of any case or adding a new Ins tanding all points pro any case is understo	formation al(s) I deal ale risk(s). The risk(s) are sprior to sured The resented in pood as				، لال	ات اللّتي اتعامل معها عند عدم الافصاح عن أو اضافة مؤمن له خا	الاتصال بالمستشفي	المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بنا كة عناية السعودية) لها الحق في ا ك تحتاج البها لتقييم المخاطر بناية السعودية) في رفض المطالبة رة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد منع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد نغي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و .	البیانات و أن الشركة أشر لتزویدها باي معلومات طبیة رافق على احقیة (شركة ع چود أي من الحالات المذكور تترة سریان العقد قر باني قد قرأت و فهمت جا	1. 1 ii . 1 ii . 2 ii . 2 ii . 3	
o cov	er the cost of o	besity surgery,	ormation will result	in refusal		1			سمنة المفرطة	ى عملية جراحة الم	له زن سنو دی الی رفض تغطیة تکالیف	ll and all the states as the		

Entity's stamp Employee Signature توقيع الموظف

- (1) Upon renewal of the policy othe insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

عدم تعبنة بيانات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طنبي للمواليد الجدد عند اضافقهم على وثبقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نعوذج جنبد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الافصاح الطبى الموحد Unified Medical declaration form

Pleas	Insured: se Fill out the for re that you and ired according to	your family rece	the purpose of pri give health care se olicy benefit.	cing and rvices as	to_			ات	فراد اسرتك على خدم	ضمان حصولك و ا	لمؤمن له : ك بتعبنة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و له الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	نامل قيام		
	dition	إضافة (2)	Ne	w 6	خدتد آ				Туре		(1)	نوع الطلا		
D.	liantho (CD)				السجل التجاري	ِقم الوثيقة/	,	Entity	Name: Als	alam	ياة :	اسم المنا		
	licyNo/CR :	502898850			وال:	رقم الجو	H							
-	TODILE ITO I	Number		T	21266145	81					2	رقم الهوي		
Ge	nder: 1		Nationality: 3	04		الجنسية:	Marit	tal Stat	us Marrie	e3 🗆 1	تماعية: اعزب 🗹 Single متز	الحالة الاء		
	se declare any o	f below cases b	y marking √ under	the wor	d		lo Y	نعم Yes	-	ع تحت كلمة - نعم	ح عن وجود أي من الحالات أدناه يوضع اشارة له في المرب	يرجى الافصا		
1		nission during las	t 12 months?								التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1 هل تم		
2	Have you been diseases <u>limited</u> Diseases, Chroni Urinary tract sto	iagnosed with an to: Autism, Beni c Hepatitis C, Gal nes, thyroid goite	y of the following chign Tumor, Cancer, Hilstones, Kidney failur, Cysts, fibroid uter Multiple sclerosis.	leart re,			Ø			، حصوات المرارة	، تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، ا لمان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي الفيروسي المزمن سي الكلوي، حصوات المممالك البولية، تضخم المذة الدرقية، التا ، المفتق، أمراض المناعة الذائية أو التصلب المتعدد.	2 ،السر، القشل		
3	Have you been diagnosed with any of the following congenita						Ø		راض	تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: ل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاميميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل ني، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض وموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر القولي, التليف الكيسى وكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي				
4	Have you been o	diagnosed with ar	ny of the following ey Corneal diseases or	e disease: Retinal	5		Ø	0		، تم تشخيصك بأى من أمراض العين النالية فقط: ياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيكية				
5		d to: Vertebral di	ny of the following bo sc prolapse, Scoliosis				Ø		ل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام الثالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك حراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة					
6	Pregnant Femilians Current single p Current single p Current multiple Expected delive	regnancy regnancy with pr pregnancy	evious CS delivery					ا الله الله الله الله الله الله الله ال			الحامل فقط : دالي جنين واحد دالي مع فيصرية سابقة دالي متحد الأجنة الولادة المتوقع	حمل حمل حمل		
	Employee and	dependents de	tails that need to be the case in the table		(In case of a	a			1		الموظف والهراد العائلة المراد اضافتهم 3 بالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
Р	اسم مقدم الخدمة rovider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID	پوية Num	رقم الب ber	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	۴		
			502898850	0	0	2126	56145	581	EMPLOYEE	1	SHAHID MUHAMMAD MIRZAHABIB	1		
1. If account with a cover the during 3	eptance of my enr I that (Saudi Enay In to collect any mo agree that (Saudi erage/claims in fu contractual date of ing the contract.	olment will be on a) has the right to edical information i Enaya) has the Il in case of no de or before enrolling eading and under	formation are correct the basis of such into contact the hospital needed to assess thright to reject the eclaration of any case g or adding a new In standing all points per any case is understip any case is understip.	formation I(s) I deal Ide risk(s). Ides prior to Ides prio					اللتي أتعامل معها عدم الافصاح عن ضافة مؤمن له خلال	تصال بالمستشفیات و التغطیة کلیا عند و قبل التسجیل أو ا ن عدم اشارتی اماد	و التقويض : النف و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناه أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الا يأم معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أن العقد المنافذة عنه ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأر علاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و علو	أقر أن البيانات		

 Entity's stamp
 ترفيع الموظف
 (4)
 التاريخ
 Date
 التاريخ
 التاريخ

- (1) upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.

to cover the cost of obesity surgery.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal

- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوئسقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأى مزمن له مضم عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 السارية

عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له